

Das Praxismodell des Klinischen Soziologen und seine Relevanz für die Medizinsoziologie

Dewe, Bernd

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Dewe, B. (1987). Das Praxismodell des Klinischen Soziologen und seine Relevanz für die Medizinsoziologie. In J. Friedrichs (Hrsg.), 23. Deutscher Soziologentag 1986: Sektions- und Ad-hoc-Gruppen (S. 183-187). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-149463>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Sektion Medizinsoziologie

Sprecher: Elmar Weingarten (Berlin)

Das Praxismodell des Klinischen Soziologen und seine Relevanz für die Medizinsoziologie

Bernd Dewe (Osnabrück)

Ein Handlungsmuster fallbezogen arbeitender Soziologen ist das des "Klinischen Soziologen", das in der neueren Professionalisierungsdiskussion wieder als ein Vermittlungsmodus soziologischen Wissens gehandelt wird, aber in institutionalisierter Ausprägung nur rudimentär existent ist. Anfang der 80er Jahre hat vor allen Dingen Oevermann, unter dem Gesichtspunkt einer nicht-technokratischen Anwendung sozialwissenschaftlichen Wissens, die Figur aktualisiert. Für ihn stellt die "klinische Soziologie" ein Praxismodell dar, welches der eben genannten Maxime gehorcht (vgl. Oevermann 1982).

Die Konzeption des klinischen Soziologen hat theoriegeschichtlich starke Verbindungen zu Therapiegruppenkonzepten wie überhaupt zum psychotherapeutischen Modell (vgl. Bergin 1966). Für die Konzeption ist konstitutiv, daß die sozialisatorischen und situationsdeutenden Funktionen der Soziologie über klinische Kompetenzen wirksam werden. Diese klinischen Kompetenzen müssen handlungsrelevant werden in Interaktionsbeziehungen mit praktisch arbeitenden Professionen als Klientel.

Im klinischen Ansatz verwendet idealtypischerweise der Soziologe die Grenzen des Klientensystems bzw. die manifesten berufspraktischen Handlungsprobleme der zu beratenden Professionen zur Definition seiner Aufgabe (vgl. Barzun 1978). Das Klientensystem wird dabei im Prinzip als ein "geschlossenes System" behandelt, dessen interne Handlungsweise optimiert werden kann. Daraus ergibt sich - etwa im Gegensatz zum systemanalytischen bzw. inkrementalistischen Ansatz -, daß im klinischen Ansatz die außerhalb der Problemdefinition des Klienten angesiedelten Umweltprobleme und ihre interne Struktur lediglich als Hintergrundinformationen behandelt und statt dessen die Absicht verfolgt wird, Handlungsentwürfe und Sinninterpretationen der Klientel zu rekonstruieren in der Perspektive, daß die Klienten zukünftig besser mit ihnen fertig werden. Verallgemeinert schließt dies ein, daß alle "von außen" kommenden Probleme im Interaktionsprozeß umgewandelt werden in strukturelle Probleme der Wahrnehmung,

der Werte und der Fertigkeiten seines Klienten. Dadurch können sie auch legitimerweise innerhalb des Klientensystems angesiedelt bleiben (vgl. Mc Clung Lee 1955).

"Der klinische Experte ist in erster Linie an Kommunikationen und Wahrnehmungen interessiert, wie sie stattfinden, und an ihren Auswirkungen auf die Beziehungen und Werthaltungen von Individuen und Gruppen" (Archibald 1970). Dies schließt ein, daß im klinischen Ansatz der ideale Handlungs- und Entscheidungsprozeß als partizipatorisch angesehen wird. Die "klinische Soziologie" ist zielperspektivisch weniger an wissenschaftlicher noch an technologischer als vielmehr an "sozialer Rationalität" (Diesing 1962) interessiert.

Der Klient wird weder als dumm noch als völlig rational auf Handlungsdruck reagierend angesehen, sondern eher als ein "soziales System", das wegen seiner Komplexität Schwierigkeiten hat, sein Handlungspotential voll zu entfalten (vgl. Archibald 1970). Der klinische Ansatz ist stark an individueller Autonomie seiner Klientel orientiert, und dies zwingt ihn, sich sowohl mit der Ethik von Interventionen als auch mit gesellschaftlichen und subjektiven Handlungszielen zu befassen. Diese Orientierung läßt ihn aber auch geeignet erscheinen für die Verbesserung kreativer und "außerrationaler" Komponenten der Entscheidungsbegründung bzw. ihrer Entwicklung.

Gegenüber der Registratorstrategie des 'Systemanalytikers' sowie der ingenieuralen Orientierung eines social engineering, welche in der Regel unmittelbar von den vom Auftraggeber explizit gemachten Problemen ausgehen und versuchen, für diese eine adäquate Lösung zu finden (etwa Politikberatung), versucht der klinisch orientierte Soziologe eben eine derartig einseitige Anpassung zu vermeiden. Die Strategie des klinisch orientierten Soziologen geht davon aus, daß die Klienten ihre Handlungsprobleme nicht hinreichend gut kennen bzw. sich ihrer oft nicht völlig bewußt sind und verständlicherweise Hemmungen haben, diese dem Soziologen tatsächlich mitteilen. Somit ist ein wesentlicher Bestandteil seines "Geschäfts" in der Explikation latenter Sinnentwürfe für berufspraktische Handlungsentscheidungen zu sehen.

"Analog zum Arzt, der die Mitteilung des Patienten nur als Anhaltspunkt betrachtet, nicht aber als komplette Diagnose seiner Krankheit, wird der Sozialwissenschaftler als 'Kliniker' von vornherein vermuten, daß seine Klienten ihre Probleme nur unzureichend darstellen" (Köckeis-Stangl 1975, 162). Der Kliniker muß also bemüht sein, durch selbständige Exploration herauszufinden, wo die Ursachen für mögliche Nichtbegründbarkeiten von Handlungsentscheidungen des Klienten liegen.

Die zweite bedeutsame Differenz zum ingenieuralen Konzept des social engineerings besteht in gewisser Analogie zur Psychotherapie (vgl. Bergin 1966) darin, daß für die Spannungen und Konflikte zwischen beratendem Soziologen und zu beratendem Klienten eine Ursache darin gesehen wird, daß die zu Beratenden dazu neigen, den Deutungen und Befunden desto mehr Widerstand bzw. Aggression entgegenzusetzen, je zutreffender diese tatsächlich sind, d.h. je mehr sie das Image, die Selbstdeutung des Klienten etc. in Zweifel ziehen. Der Kliniker wird im Bereich von normativen Orientierungen jeweiliger Handlungsbereiche nicht nur die Angemessenheit, sondern auch die Richtigkeit von Handlungen thematisieren müssen.

Ein dritten Unterschied zur "Ingenieurstrategie" besteht nun darin, daß im Klinikermodell - in deutlicher Differenz zum Psychotherapeutenkonzept - als Klienten nicht nur der Beratende selbst gesehen wird, sondern sämtliche an dem betreffenden Problemkreis mit ihren u.U. durchaus verschiedenen Schwierigkeiten, Handlungsorientierungen und Interessenlagen Beteiligte (vgl. Young 1955). Damit ist angesprochen, daß Wert- und letztendlich auch Wahrheitsproblematiken im klinischen Ansatz eine weitaus bedeutendere Rolle spielen als etwa im "Ingenieurskonzept", da hier etwa Wertprobleme weitgehend ausgeklammert werden können, weil der Soziologe in der Regel die Zielsetzungen seines Klienten bereits im vornhinein akzeptiert und zum Ausgangspunkt seiner Forschung bzw. Intervention macht.

Das Prekäre einer sogeararteten Vermittlung sozialwissenschaftlichen Wissens besteht aber unter anderem darin, daß dabei den Soziologen häufig eine ihre disziplinäre Identität stützende Außenlegitimität nicht in hinreichendem Maße als selbstverständlich zugestanden wird, sie also die Angemessenheit ihres sozialwissenschaftlichen Wissens- und Methodenrepertoires für die Bearbeitung der anstehenden Handlungsprobleme jeweils in der Situation des "klinischen Handelns" unter Beweis stellen müssen.

Zwar sind die Formen einer personengebundenen Vermittlung sozialwissenschaftlichen Wissens unter direktem oder zumindest sehr nahem Bezug zu manifesten Handlungsproblemen im Prinzip die interessantesten, weil sich hier die Bedingungen einer praktischen Umsetzung theoretischen Wissens in der Interaktion mit sozialwissenschaftlichen Laien gut beobachten lassen, gleichwohl hängt es jedoch vom Gelingen des Einzelfalls ab, ob eine Legitimation aufgebaut werden kann, die die Akzeptanz des betreffenden Soziologen und damit seines Wissens als eines sozialwissenschaftlichen möglich macht.

Aus der Perspektive des 'klinischen Ansatzes' sind zudem jene soziologischen Tätigkeiten von Bedeutung, bei denen Soziologen mit Ausbildungsfunktionen (Young 1955) im beruflichen Handeln die Vermittlung sozialwissenschaftlichen Wissens an andere Professionen oder professionsähnlichen Berufe leisten. Ihre Funktion ist, das berufliche Fachwissen ihrer Klientel um eine soziologische Orientierung zu ergänzen, das heißt zum Beispiel, der didaktischen Perspektive von Lehrern eine Sichtweise für die strukturelle Bedingtheit von schulischen Interaktionsprozessen oder über die funktionale Einbettung der Schule in das soziale System hinzuzufügen, oder die organmedizinische Denkweise von Ärzten auf die Einbettung von Krankheit und therapeutischem Erfolg in ein soziales Umfeld hinzuweisen. Solche Orientierungsleistungen für praktische Professionen werden von der Soziologie heute in unterschiedlichster Form abgefragt, und hier dürfte ein in der Disziplin angelegter - im erkenntnislogischen Sinne gesprochen - "angemessener" Vermittlungsbezug ihres Wissens liegen.

Der Mechanismus dieser "indirekten Verwendung" soziologischen Wissens ist diesem von seiner internen Struktur her inhärent, so daß der klinische Einsatz soziologischen Wissens einer sachlichen Zwangsläufigkeit zu entsprechen scheint. Es stellt sich aber die Frage nach den möglichen klinischen Funktionen der Soziologie und damit zusammenhängend die nach den klinischen Kompetenzen praktisch arbeitender Soziologen.

Worin ist die Differenz zu sehen zwischen einer Soziologie, die klinische Funktionen wahrnimmt, und der allgemeinen Verbreitung soziologischer Ideen in Form der Ausübung sozialisatorischer und situationsdeutender Funktionen gegenüber der Gesellschaft? In der Diskussion um den klinischen Soziologen ist es bisher verabsäumt worden, die klinischen Orientierungsweisen und Praxisformen eines derartigen Einsatzes soziologischen Wissens zu rekonstruieren, da man sich in der Regel damit begnügte, die unterschiedlichen Institutionalisierungsformen der Soziologie als angewandter Profession bzw. als akademischer Fachwissenschaft zu betrachten.

Die Wirksamkeit der Soziologie im Sinne einer klinischen Handlungskonzeption läßt sich faktisch nur über Verwendungsdiskurse zwischen Soziologen und praktisch arbeitenden Professionellen rekonstruieren, in denen neben Situationsdeutungen ein manifest folgenreicher Einsatz soziologischen Wissens erwartbar ist, ohne daß es dabei zu einer Verkürzung interpretativer, sellvertretender Sinnauslegung kommt.

Sie dient der Freisetzung soziologischer Phantasie, mit deren Hilfe implizite soziale Strukturen überhaupt erst transparent gemacht werden können. Das setzt voraus, daß der Berufspraktiker als Klient des Soziologen sich auf eine handlungsentlastete Erörterung eines konkreten Falles einläßt, obwohl der Handlungs- und Problembezug fortbesteht. Der "klinische Soziologe" nimmt hier Strukturdeutungen vor und adressiert sie in der personalen Interaktion an Angehörige praktischer Professionen, wobei neben der hermeneutischen eine spezifisch rhetorisch-argumentative Kompetenz eingesetzt wird.

Es stellt sich aber die Frage, ob das Handlungsmodell des "klinischen Soziologen", das sich primär im Feld der nachträglichen Begründung abgelaufener Handlungen bewegt, überhaupt in den Bereich der Entscheidungs rationalität berufspraktischen Handelns vordringen kann. Der unproblematische Prozeß der Reflexion, der zu Erfahrungswissen führt, müßte in der klinischen Operation umgekehrt werden: Aus Erfahrungen und Wissensapplikationen sollen veränderte praktische Entscheidungen folgen, die der Autonomie der Handelnden unterliegen. Von erfolgreichem Handlungseinsatz des "klinischen Soziologen" könnte nur gesprochen werden, wenn dieser Transformationsprozeß nachprüfbar abgeschlossen würde.

Albrow, N.: Society, social action and clinical View. In: *Insurgent Sociologist*. Vol. 12, S. 540-561

Archibald, K.A. 1970: Alternative Orientations to Social Science Utilization. In: *Social Science Information*, Vol. 9

Barzun, J. 1978: The professions under seige. *Harper's Magazine* 257, S.61-68

Bergin, A.B. 1966: Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology* 71, S. 235-246

Diesing, P. 1962: Reason in Society, Urbana, University of Illionis Press

Mc Clung Lee, A. 1955: The clinical study of society. In: *ASR*, Vol. 20, No. 5, S. 648-653

Oevermann, U. 1982: Ist eine nicht-technokratische Anwendung sozialwissenschaftlichen Wissens möglich? *Ns. Bremen*

Ulrich, K. 1949: Sociology and clinical competence. In: *Theorie and society* Vol. 4, S. 217-235

Young, D. (1955): Sociology and the practicing professions. In: *ASR*, Vol. 20, No. 6, S. 641-647